



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
CURSO DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

SABRINA BARBOSA MATOS DA CONCEIÇÃO

**INTERVENÇÕES AO PACIENTE DIABÉTICO NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: A Luz da Estratégia de Educação em Saúde**

**SATUBA – ALAGOAS
2013**

SABRINA BARBOSA MATOS DA CONCEIÇÃO

**INTERVENÇÕES AO PACIENTE DIABÉTICO NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: A Luz da Estratégia de Educação em Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Pós – Graduação em Atenção Básica em
Saúde da Família, da Universidade Federal do
Mato Grosso do Sul, como requisito para a
obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Guilherme Aparecido da Silva Maia

SATUBA – ALAGOAS
2013

RESUMO

O cuidado ao portador de diabetes tem sua base de assistência no nível primário de atenção à saúde, onde se prioriza ações de impacto na redução de seus agravos. Nesse intuito, a acadêmica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família juntamente com a Equipe de Saúde da Família desenvolveu atividade educativa abordando temáticas de saúde com grupo de diabéticos em uma Casa da Melhor Idade em Satuba, Alagoas. O objetivo foi estimular a autonomia dos sujeitos no que se refere ao auto-cuidado e melhoria da qualidade de vida. Trata-se de um Projeto de Intervenção desenvolvido no período de junho de 2012 a março de 2013, seguindo as seguintes fases: análise situacional, análise estratégica, intervenção e considerações finais. O trabalho foi desenvolvido em três momentos: reunião com os agentes comunitários de saúde, visita domiciliária e atividade educativa em grupo. Utilizou-se a pedagogia libertadora para abordagem e escolha dos temas. O trabalho em grupo proporcionou bons momentos de integração, lazer e construção de saberes, aos usuários e profissionais de saúde. Percebemos durante os encontros uma mudança nos conhecimentos referidos pelos indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: educação em saúde, saúde da família, diabetes mellitus.

ABSTRACT

Health care addressed to diabetes patients is based on a primary level of health care, in which actions of impact intend to reduce the worsening of their health condition. Therefore, the student from specialization in Primary Care Family Health along with the Family Health Team has developed educational activities addressing issues of health with diabetic group in a Best Age house in Satuba, Alagoas. The **Purpose** was to stimulate the subjects' autonomy concerning self-care and improvement of their quality of life. This is an Intervention Project in the period from June 2012 to March 2013, following these steps: situational analysis, strategic analysis, and final intervention. This work was developed in three moments: meeting with the community staff in charge of the community's health assistance, visits to the participants' homes and educational group activities. Liberating pedagogy was used for choosing the issues to be discussed and approaching them. Working in group offered the patients and health professionals pleasant moments of integration, leisure and construction of knowledge. We observed a change in the knowledge constructed by the participants throughout these meetings.

KEY WORDS: health education, family health, diabetes mellitus

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. Análise Situacional | 5 |
| 1.1. Introdução | 5 |
| 2. Análise Estratégica | 9 |
| 3. Implantação, Descrição e Avaliação da Intervenção | 10 |
| 4. Considerações Finais | 17 |
| 5. Referências | 19 |
| Apêndice – Roteiro da Visita Domiciliária | 20 |

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Introdução

O modelo de saúde proposto pelo SUS - Sistema Único de Saúde é universal, equitativo e integral, onde a política de Estado é fortemente baseada no social. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família do SUS efetivou em fevereiro de 2001 com objetivo de diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso dos brasileiros às ações odontológicas.

A estratégia de saúde da família trouxe inovação na prática de atenção à saúde bucal da população. Trabalhando com a concepção ampliada de saúde, numa área adstrita, criando vínculo com a comunidade. Um grande desafio ao tradicional modelo de atenção assistencial, realizada de modo essencialmente instrumental, focalizador – centramento do dente e de caráter excludente.

As ações coletivas em saúde bucal modificam o sujeito do trabalho odontológico - o odontólogo passa a trabalhar com a Equipe de Saúde Bucal. A visão dentária é definitivamente incompatível com as atribuições atuais do mesmo. Como membro da equipe de saúde bucal e frente às demandas da sociedade, é fundamental que o profissional tenha formação multidisciplinar, com novos conhecimentos científicos. Treinados para fazer diagnóstico da condição bucal, avaliar a coletividade \ risco das doenças e reconhecer eventual ou potencialização com o quadro sistêmico. Ter capacidade para trabalhar em equipe de saúde. Dispor de conhecimentos mais abrangentes para poder participar com a comunidade. Educar e trocar informações sobre os efeitos da dieta, do fumo, do consumo de álcool, do uso de drogas, da pressão arterial sobre o processo saúde/ doença. Deixar o odontólogo do passado, para ter um olhar mais coletivo, social e preventivo.

O presente trabalho não é exclusivamente relativo à saúde bucal. Sendo necessário todo o investimento interdisciplinar que facilite a abordagem aos pacientes diabéticos. Cabe, também, à equipe de saúde bucal a suspeição dos casos de diabetes na população que procura a atenção à saúde bucal. Portanto, a

odontóloga bolsista da equipe trabalhou com educação em saúde através da pedagogia libertadora, tendo como referencial teórico Freire (1996) como forma de intervenção no cuidado ao paciente diabético. As fases trabalhadas no projeto de intervenção foram descritas no portfólio do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Como, a seguir, na análise situacional da Equipe de Saúde da Família.

O processo de trabalho da ESF II, localizada na zona urbana, na Rua Amélia Pontes no município de Satuba-Alagoas é orientado pelas características e necessidades de saúde da população do território que está sob sua responsabilidade sanitária e dos principais problemas de saúde da população acima citados destaca-se o elevado índice de portadores de diabetes e hipertensão.

A ESF II é composta por uma Médica, uma Enfermeira, uma Dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal- (ASB), uma auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde que atendem 611 famílias cadastradas, com horário de funcionamento das 08:00 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira. A Unidade de Saúde da Família tem 1.899 pessoas cadastradas, sendo 1027 do sexo feminino e 872 do sexo masculino.

Os atendimentos da enfermeira, médica e odontóloga são agendados diariamente (12 consultas por turno e reservadas outras para casos de urgência). Ainda são incipientes as ações e processos de educação permanente na agenda desta equipe. Sugerimos a criação de uma rede para socializarmos as experiências (sejam de sucesso ou dificuldades) e assim construir propostas que se apoiem.

Nesse sentido, propõe-se que os trabalhadores da equipe, juntamente com a comunidade e gestores, elaborem propostas para que haja continuidade do processo que estão vivenciando.

No período analisado, de janeiro a junho de 2012, verificou-se o registro de 354 pessoas cadastradas nos Programas de Hipertensão e Diabetes, considerando que nesta área existem 729 pessoas com idade acima dos 40 anos perceberemos que 48,55% dessas pessoas são diabéticos ou hipertensos. Vale ressaltar a importância da integralidade do cuidado para uma ideal resolutividade na assistência.

Ocorreu um total de 21 internações hospitalares, sendo que dessas somente uma foi internação por complicações da Diabetes o que não condiz com nossas observações, pois temos visitado vários pacientes com retinopatia, insuficiência renal crônica, acamados nessa área.

Um dos objetivos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família é de inserir os estudantes na comunidade para que ocorra uma reflexão crítica da realidade e a busca de subsídios para transformá-la no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS. Dessa forma, o estudante passa a atuar como facilitador do desenvolvimento de prioridades e da tomada de decisões, fomentando a melhoria das condições de saúde.

Nas experiências cotidianas observa-se, sejam em visitas domiciliares ou atendimento individual, grande número de pacientes resistentes à adesão ao tratamento, alguns inclusive com complicações por conseqüência do Diabetes Mellitus (DM).

O DM é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (Brasil, 2006).

Configura-se hoje como uma epidemia mundial, de incidência crescente, acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade comprometendo-lhes a qualidade de vida. Aproximadamente metade dos pacientes desconhece o diagnóstico e 1/4 dos reconhecidamente portadores de DM não faz qualquer tipo de tratamento (Rocha, 2002).

As manifestações clínicas do Diabetes incluem: poliúria, polidipsia, polifagia, fadiga, fraqueza, alterações súbitas da visão, formigamento ou dormência nas mãos ou pés, pele seca, lesões que curam de forma lenta e infecções recorrentes (Smeltzer & Bare, 2002).

O cuidado ao portador de diabetes deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de assistência, tendo sua base no nível primário de atenção à saúde, onde se prioriza ações de grande impacto na redução de seus agravos.

A educação em saúde constitui um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, propiciando melhoria da qualidade de vida.

A atenção básica apresenta um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde pela particularidade destes serviços, caracterizados pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais (Vasconcelos, 1999).

A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos usuários insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico. Em oposição ao modelo tradicional, trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde (Ayres, 2001).

Em um modelo dialógico e participativo, profissionais e usuários atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados (Alves, 2005). O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existente. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (Chiesa; Veríssimo, 2009).

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

Diante dos problemas de saúde levantados, a diabetes é um problema relevante de saúde pública, mas que a equipe de saúde no cuidado dos sujeitos possui potencial e capacidade de enfrentamento. Assim foi proposta a implementação da estratégia com atividades educativas abordando temáticas de saúde com grupo de diabéticos na Unidade de Saúde da Família em Satuba, Alagoas.

O objetivo foi estimular a autonomia dos sujeitos no que se refere ao autocuidado e melhoria da qualidade de vida. E como objetivos específicos: proporcionar momentos de integração, lazer e construção de saberes, aos usuários e profissionais de saúde e observar durante os encontros os conhecimentos prévios dos indivíduos.

A utilização de atividades em grupos possibilita enriquecimento das discussões e uma expansão de conhecimentos, viabilizando sentimentos de inclusão, equidade e valorização, pois os participantes se identificam entre si e desenvolvem fortalecimento de relações humanas, em que as vivências individuais transformam-se em aprendizado (Maffaccioli; Lopes, 2005).

A técnica utilizada foi o relato de experiência através da reflexão crítica das atividades descritas no portfólio no decorrer do Curso de Especialização da Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família. O trabalho foi desenvolvido em três momentos: reunião com os agentes comunitários de saúde, visita domiciliária e atividade educativa em grupo. A reunião com os ACS foi realizada para explicar o projeto, solicitar a listagem dos portadores de diabetes e traçar estratégias para realização das visitas. Logo foi elaborado um roteiro de realização das visitas (Apêndice) visando coletar dados para traçar o perfil do grupo e subsidiar o planejamento das atividades.

A atividade de educação em saúde foi realizada na Casa da Melhor Idade e em uma Unidade de Saúde da Família no município de Satuba/Alagoas, iniciada no mês de outubro de 2012. Os participantes foram todos os portadores de diabetes da equipe II alocados nessa unidade e na Casa da Melhor Idade. A escolha deu-se em

virtude do grande número de pacientes resistentes a adesão ao tratamento, o que leva a não integralidade da assistência e dificuldade no cuidado destes pacientes.

A amostra foi composta por um grupo de 20 pessoas. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de diabetes e cadastro na equipe II. Os pacientes idosos da Casa da Melhor Idade e das diferentes microáreas foram incluídos pelo interesse manifestado em participar do grupo que promove espaços de discussão de questões relacionadas a hábitos de vida saudáveis.

Os grupos educativos ocorreram semanalmente no espaço da Casa da Melhor Idade, com duração média de duas horas, em dia e horário acordados com os participantes, totalizando três reuniões. Utilizou-se a pedagogia libertadora para abordagem e escolha dos temas.

3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

VISITA DOMICILIÁRIA

A visita domiciliária foi utilizada como instrumento para estabelecer um vínculo com os pacientes, conhecer o meio onde estão inseridos, suas vivências e coletar dados que nos permitisse estabelecer um perfil da clientela.

Neste sentido, Tyllmann e Perez (1998) validam esta escolha quando relatam que a visita domiciliária “é vital para a educação em saúde”, pois fornece as bases para o planejamento individualizado dos processos educativos a cada indivíduo ou grupo familiar.

Foram realizadas 20 visitas domiciliares aos diabéticos das seis microáreas cobertas da equipe II. Os Agentes Comunitários foram esclarecidos sobre a atividade e solicitados que listassem os pacientes diabéticos de sua microárea. Posteriormente as datas para visita foram agendadas e fomos levados por eles à casa dos pacientes ou esses mesmos foram atendidos na própria unidade. A proposta de trabalho era apresentada e com o consentimento do paciente a visita era realizada.

Discorrendo sobre os aspectos que prejudicam ou impedem a realização da visita domiciliária, Mazza (1994) aponta dentre estes a chegada do visitador na hora dos afazeres domésticos das donas de casa e/ou o fato de que alguns indivíduos não se encontrarem em casa no período em que se desenvolvem essas atividades na comunidade. Visando dirimir estes impecílios, os ACS agendaram as visitas antecipadamente e as mesmas eram remarcadas se, por algum motivo, o participante fosse impossibilitado de receber-nos neste horário.

Estruturou-se um roteiro para padronizar as informações coletadas, com os seguintes pontos: identificação do paciente, hábitos de vida, histórico de doenças preexistentes e do diagnóstico de diabetes, problemas bucais, fatores de risco, aspectos socioeconômicos, situação familiar, condições de moradia e tratamento da diabetes. Também era solicitada a indicação de um dia onde o paciente pudesse participar das atividades educativas.

Os dados obtidos auxiliaram na triagem dos pacientes que necessitavam de uma avaliação com o clínico geral, na identificação das redes de apoio para o tratamento presentes na área, na detecção da necessidade de abordagens educativas em domicílio, já que havia pacientes que demonstraram a impossibilidade de participarem das reuniões do grupo.

PRIMEIRO ENCONTRO

Após a realização das visitas e análise dos dados coletados, agendou-se um primeiro encontro para o dia 25 de outubro de 2012, às 14h. Vale salientar que se considerou a indicação dos usuários quanto ao melhor momento para a realização dessa atividade. Retornamos aos domicílios para comunicar a data e horário do encontro, que ocorreu na Casa da Melhor Idade de referência dos mesmos.

No primeiro momento no consultório da Unidade, realizou-se uma triagem odontológica entre os usuários que compareceram, com agendamento de uma consulta para que fosse iniciado o tratamento, atendendo as necessidades individuais de cada um.

Após concluída essa primeira parte, iniciou-se o segundo momento do grupo por volta das 15h. Nesse instante, encontravam-se 20 usuários, as duas estudantes de enfermagem, a odontóloga bolsista do Programa de Valorização da Atenção Básica-PROVAB da equipe II da unidade. O grupo foi iniciado com os participantes apresentando-se e falando a respeito da história do diagnóstico da Diabetes Mellitus. Chamou-nos atenção o fato deles já começar a conversar sobre a doença, como lidavam com ela, ou seja, iniciaram as discussões do tema. Buscava-se justamente isso: que os próprios usuários fossem direcionando a roda de conversas, sem que nós, enquanto profissionais, impuséssemos os caminhos e direções daquele diálogo (Figura 1).



Figura 1 – Primeiro Encontro na Casa da Melhor Idade

Fonte: Foto da autora

O debate trouxe troca de experiências e saberes, dificuldades vivenciadas, dúvidas e propostas para lidarem com a doença e suas possíveis complicações. À medida que as conversas e discussões aconteciam, os participantes comentavam sobre a satisfação com o momento, pois aquele espaço proporcionou uma oportunidade de haverem trocas, incorporações de novos saberes e até mesmo interação com os vizinhos.

O grupo foi concluído perguntando-se quais os temas de interesse para as próximas abordagens e a disponibilidade dos presentes em participarem de um novo encontro. De forma unânime eles disseram que o melhor horário seria pela tarde, às

terças-feiras, em periodicidade semanal. Propuseram quatro temas: colesterol, osteoporose e climatério, qualidade de vida e complicações da diabetes. Desses quatro priorizaram debater sobre Colesterol na próxima reunião. Foi esclarecido que os quatro temas citados por eles seriam abordados.

Em função disso, agendamos o grupo para o dia 06 de novembro de 2012, às 14h. A avaliação do momento foi realizada questionando-se como gostariam que os encontros fossem conduzidos e o que poderia ser melhorado para os próximos encontros. Ofereceu-se um lanche com iogurte e biscoitos e o primeiro encontro foi encerrado.

SEGUNDO ENCONTRO

Realizou-se o segundo encontro do grupo no dia 06 de novembro às 14h, na Casa da Melhor Idade. Estavam presentes 30 usuários, duas estudantes de enfermagem, odontóloga bolsista da PROVAB da unidade. Iniciamos as atividades com a apresentação de cada um, pois havia 10 novos participantes. Eles relataram que gostaram muito do primeiro grupo por isso retornaram. Logo após exibimos um vídeo sobre o colesterol e hipertensão arterial, esclarecemos alguns termos técnicos que apareceram no vídeo e deixamos aberto para discussão no intuito do grupo direcioná-las (Figura 2).



Figura 2 – Segundo Encontro na Casa da Melhor Idade

Fonte: Foto da autora.

Surgiram dúvidas como: quais são os tipos de colesterol, relação do colesterol com a diabetes, interferências genéticas, relação do colesterol com a pressão alta, o infarto e o acidente vascular cerebral. A partir disso, procuramos esclarecer essas dúvidas sempre estimulando a reflexão.

A presença da colaboração de todos foi muito importante para esclarecer sobre as receitas caseiras que baixaram o colesterol de alguns deles e sobre alimentação. Cada um falou um pouco de sua dieta e a partir disso fomos, em conjunto, verificando quais hábitos deveriam ser melhorados e quais seriam necessários para manter a qualidade de vida. Os próprios participantes foram citando as práticas de controle do colesterol: exercício físico, dieta pobre em gordura e rica em fibras.

Os participantes do grupo fizeram também uma relação da importância de se controlar o colesterol e os riscos de um nível alto de gorduras no sangue. Além disso, foram sendo desmistificadas algumas questões como a que refere ao diabético não poder comer frutas.

Ficamos muito satisfeitos com o resultado, pois estamos conseguindo atingir o nosso objetivo de levar o outro a ter autonomia de decidir a partir de sua descoberta. Ao final perguntamos qual o tema que eles queriam que fosse abordado no próximo encontro e foram priorizados climatério e osteoporose. Também reforçaram que a frequência das reuniões fossem semanais, referindo que quinzenalmente iria demorar muito. Acordamos o próximo encontro para o dia 13 de novembro em que haverá um festival de frutas e abordará sobre os seus benefícios. Encerramos o grupo com um lanche.

TERCEIRO ENCONTRO

Novos convidados compareceram a esta reunião como a esposa de um dos participantes, uma vizinha e a nora de outros, além dos convidados pela equipe de saúde, totalizando 46 pessoas. Somou-se a estes as estudantes de enfermagem e a

odontóloga, a enfermeira e a agente comunitária de saúde da microárea da equipe II da unidade. A maior quantidade de pessoas demonstra o interesse dos participantes em multiplicar o conhecimento entre seus familiares e pessoas próximas da sua comunidade. No primeiro momento, realizou-se uma nova apresentação em que todos esclareceram o motivo de estarem participando e o desejo de continuarem no grupo (Figura 3 e 4).



Figura 3 – Terceiro Encontro na Casa da Melhor Idade

Fonte: Foto da autora.



Figura 4 – Festival de Frutas no Terceiro Encontro

Fonte: Foto da autora.

Após a apresentação de cada um, lembrou-se dos temas escolhidos no encontro passado para este dia, os quais foram: Menopausa, Andropausa e Osteoporose, e, assim duas das usuárias começaram a falar sobre os sintomas da menopausa e também da osteoporose que estavam vivenciando, suscitando, conseqüentemente, um debate entre os participantes sobre este assunto, trocando saberes importantes para o entendimento da doença ou desta nova etapa da vida.

Não somente foram abordados os assuntos escolhidos, mas também se falou sobre a importância da qualidade de vida e como ganhar mais saúde e tranquilidade na terceira idade. Os participantes relataram suas histórias de vida, assuntos sobre namoro, sexualidade, acesso aos serviços de saúde e tratamento das doenças comparando-se os dias atuais com os de antes. Conforme acontecia a troca de conhecimentos na roda de conversa, percebeu-se a importância deste encontro para o entendimento da própria doença e a compreensão do mecanismo de ação desta no organismo humano. Também para informar-se sobre as diversas possibilidades de tratamento com a finalidade de estimular o autocuidado e autonomia dos indivíduos, para que assim possam participar ativamente das decisões do tratamento para manterem a saúde e a qualidade de vida.

Finalizando o encontro desta tarde, priorizou-se um novo tema lembrando-se os escolhidos no primeiro encontro e solicitando novas sugestões. Outra vez questionamos a disponibilidade em participarem de um novo encontro, qual o melhor dia e horário para que o mesmo ocorresse. Agendou-se para o dia 08 de janeiro de 2013, às 14h, com o tema “Promoção da Qualidade de Vida”.

Eles relataram satisfação em participarem do grupo e agradeceram aos membros efetivos da Casa da Melhor Idade pela doação do espaço para realização do mesmo. Além disso, acatou-se a proposta de, durante estas semanas, pensarmos em outros temas para o prosseguimento dos encontros. Ofereceu-se um lanche com frutas, encerrando assim o terceiro encontro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer de todo o processo de elaboração, houve o cuidado na escolha das atividades e condução das discussões para que as mesmas proporcionassem reflexões que levassem à construção do saber coletivo.

As visitas domiciliares realizadas antes que o grupo fosse formado nos proporcionou conhecer melhor o indivíduo, sua história de vida, as relações familiares e sociais, sua realidade, visão de mundo e expectativas, além de levantar as necessidades do mesmo para a formação do grupo.

Percebemos durante os encontros uma mudança nos conhecimentos referidos pelos indivíduos. No primeiro encontro eles relatavam a necessidade de aprender com os profissionais sobre várias questões referentes à saúde, delegando a estes a responsabilidade de transmitir conhecimentos. Entretanto, nos outros encontros, eles passaram a compartilhar informações adquiridas e vivenciadas, debatendo muitas vezes as informações trazidas pelos profissionais.

Em relação às facilidades na realização deste trabalho podemos referir que o mesmo proporcionou bons momentos de integração, lazer e construção de saberes, aos usuários e profissionais de saúde. Também, contamos com a colaboração da

Equipe de Saúde da Família e da Casa da Melhor Idade, disponibilizando espaço físico e materiais necessários a realização dos grupos, além da fundamental importância durante as visitas domiciliares e encontros.

Quanto às dificuldades destacamos a pouca experiência das estudantes e profissionais de saúde na abordagem dialógica e participativa, onde percebemos as fragilidades da nossa formação habituada a ser detentora dos conhecimentos pertinentes à saúde. Outra dificuldade encontrada foi como conseguir alcançar os usuários que estão acamados, dificuldade esta que ainda estamos analisando como solucionar.

Enfim, ainda há muito por fazer, sobretudo continuar mergulhando na complexidade das questões referentes à saúde desse grupo, de maneira lenta e gradativa, onde nem sempre os livros e escritos sobre saúde coletiva e educação popular puderam nos ajudar, mas o respeito tem sido nosso principal aliado, o respeito à presença do outro, ao seu saber, as suas escolhas. Só ele através do ouvir nos possibilitou enxergar além de uma atividade técnica-acadêmica, a vida daquelas pessoas assim como elas são.

REFERÊNCIAS

1. Alves, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface- Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
2. Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet., v.6, n.1, p.63-72, 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica no. 16. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 64p.
4. Chies, AAM; Veríssimo, M.D.L.Ó.R. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em 20 ago. 2012.
5. Freire, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
6. Maffaccioli, R.; Lopes, MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. Acta Paul. Enferm. 2005; 18(4):439-45.
7. Mazza, MMPR. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo 1994 jul/dez; 4(2):60-8.
8. Smeltzer, Suzane C. & Bare, Brenda G. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
9. Tyllmann, G.; Perez, SMS. Entrevista e visita domiciliar. Santa Rosa (RS): SSMA; 1998. 6 p.
10. Vasconcelos, EM. A educação popular em saúde e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.

Apêndice – Roteiro da Visita Domiciliária

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Estado Civil:

Religião:

- 1) História do paciente e hábitos de vida
- 2) Histórico de Patologias
- 3) História do diagnóstico de Diabetes (Tempo de diagnóstico; Fatores de risco; Tratamentos realizados; Complicações apresentadas; Periodicidade dos exames e Profissionais com quem realiza acompanhamento):
- 4) Doenças bucais
- 5) Situação Socioeconômica (Renda; Bens; Relações sociais e Vínculo com as instituições presentes na comunidade como igrejas, ONG, cooperativas, associações, etc.):
- 6) Situação familiar
- 7) Moradia (Cômodos; Ventilação; Iluminação; Água; Energia elétrica; Moradores; Quantidade de Camas e Quantidade de Escovas Dentais.
- 8) Tratamento Atual
- 9) Temas de interesse
- 10) Dias disponíveis e interesse para participar de atividades educativas

